

Quejas interpuestas en el Tribunal de Ética Médica de Antioquia contra los médicos ¿por qué los sancionan?

Yerlin Andrés Colina-Vargas^{1,2} , Manuela Vélez-Gaviria^{1,3} , Tatiana Andrea Zapata-Correa^{1,4} , Luis Fernando Botero-Posada^{5,6} , Rocío Gómez-Gallego^{6,7} , Diana Marcela Marín-Pineda⁸ 

¹ Médico. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

² Residente de Anestesiología. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

³ Health Coach INN. Aspirante a Magister en Nutrición y Alimentación Universidad de Barcelona.

⁴ Residente de Medicina de la Actividad Física y el Deporte. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

⁵ Médico Anestesiólogo, Universidad Pontificia Bolivariana. Neuroanestesiólogo, Clínica Las Américas / Instituto Neurológico de Colombia INDEC. Docente, Universidad Pontificia Bolivariana y Universidad CES. Medellín, Colombia.

⁶ Exmagistrado. Tribunal de Ética Médica de Antioquia. Medellín, Colombia.

⁷ Médico Pediatra, Universidad de Antioquia. Magister Filosofía con Énfasis en Ética, Universidad Pontificia Bolivariana. Expresidente del Tribunal de Ética Médica de Antioquia. Presidente Academia de Medicina de Medellín, Colombia.

⁸ Estadística, Magister en Epidemiología. Docente. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Palabras clave

Errores Médicos;
 Ética Médica;
 Jurisprudencia;
 Mala Praxis;
 Normas

Recibido: enero 17 de 2022

Aceptado: marzo 11 de 2022

Correspondencia:

Yerlin Andrés Colina-Vargas,
 colinavargas1910@gmail.com

Cómo citar: Colina-Vargas YA, Vélez-Gaviria M, Zapata-Correa TA, Botero-Posada LF, Gómez-Gallego R, Marín-Pineda DM. Quejas interpuestas en el Tribunal de Ética Médica de Antioquia contra los médicos ¿por qué los sancionan? *Iatreia* [Internet]. 2023 Abr-Jun;36(2):169-185. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.170>



Copyright: © 2023
 Universidad de Antioquia.

RESUMEN

Antecedentes: existen pocos estudios referentes a las quejas presentadas acerca de los médicos, limitando la retroalimentación y la educación, aspectos que ayudan a mejorar los servicios de salud y la calidad de atención.

Objetivo: caracterizar las quejas con respecto a los médicos y sus consecuencias en Antioquia (2008-2013).

Métodos: estudio descriptivo transversal. Se revisó la totalidad de quejas presentadas ante el Tribunal de Ética Médica de Antioquia, 2008-2013, que contaran con pronunciamiento al segundo semestre de 2018. Se evaluaron las características del personal implicado, el evento que motivó la queja, las normas vulneradas y la sanción.

Resultados: se encontraron 679 médicos implicados en 461 quejas, 43,4 % médicos generales. El principal motivo para presentar queja fue la mala atención percibida por los pacientes (20,9 %), y la principal norma por la cual se abrieron procesos fue la Ley 23 Artículo 15, que habla del consentimiento informado (17,3 %), siendo también la más sancionada (16,2 %). A la mayoría de involucrados (58,6 %) les archivaron los procesos por no encontrar fundamento en motivo de la queja; sin embargo, a 23 (3,4 %) les impartieron sanción, siendo grave con suspensión en ejercicio de la medicina en 60,8 %. Un 17,4 % de los casos tuvieron censura pública, 13 % amonestación privada y 8,7 % censura escrita privada o censura verbal pública.

Conclusiones: la omisión o mal diligenciamiento del consentimiento informado constituye el principal motivo de sanción; sin embargo, el verdadero detonante que lleva a presentar una queja, es la percepción de una mala atención. La educación ética transversal al ejercicio profesional es fundamental en la reducción de demandas por mala praxis.

Complaints filed in the medical ethics court of Antioquia against doctors, why are they sanctioned?

Yerlin Andrés Colina-Vargas^{1,2} , Manuela Vélez-Gaviria^{1,3} , Tatiana Andrea Zapata-Correa^{1,4} , Luis Fernando Botero-Posada^{5,6} , Rocío Gómez-Gallego^{6,7} , Diana Marcela Marín-Pineda⁸ 

¹ Doctor. Pontifical Bolivarian University. Medellin Colombia.

² Resident of Anesthesiology. Pontifical Bolivarian University. Medellin Colombia.

³ Health Coach INN. Candidate for Master in Nutrition and Food University of Barcelona.

⁴ Resident of Physical Activity and Sports Medicine. Pontifical Bolivarian University. Medellin Colombia.

⁵ Anesthesiologist, Pontifical Bolivarian University. Neuroanesthesiologist, Clínica Las Américas / Neurological Institute of Colombia INDEC. Professor, Pontifical Bolivarian University and CES University. Medellin Colombia.

⁶ Former magistrate Court of Medical Ethics of Antioquia. Medellin Colombia.

⁷ Pediatrician, University of Antioquia. Master in Philosophy with an Emphasis in Ethics, Pontifical Bolivarian University. Former President of the Antioquia Court of Medical Ethics. President of the Academy of Medicine of Medellin, Colombia.

⁸ Statistics, Master in Epidemiology. Teacher. Pontifical Bolivarian University. Medellin Colombia.

ARTICLE INFORMATION

Keywords

Jurisprudence;
 Malpractice;
 Medical Errors;
 Medical Ethics;
 Standards

Received: enero 17 de 2022

Accepted: marzo 11 de 2022

Correspondence:

Yerlin Andrés Colina-Vargas,
 colinavargas1910@gmail.com

How to cite: Colina-Vargas YA, Vélez-Gaviria M, Zapata-Correa TA, Botero-Posada LF, Gómez-Gallego R, Marín-Pineda DM. Complaints filed in the medical ethics court of Antioquia against doctors, why are they sanctioned? *Iatreia* [Internet]. 2023 Abr-Jun;36(2):169-185. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.170>



Copyright: © 2023
 Universidad de Antioquia.

ABSTRACT

Background: there are few studies about the complaints presented against physicians, limiting feedback and education, aspects that tend to improve health services and quality of care.

Objective: to characterize the complaints against physicians and their consequences. Antioquia. 2008-2013.

Methods: cross-sectional descriptive study. All complaints filed with the Medical Ethics Court of Antioquia, 2008-2013, which had a ruling in the second half of 2018, were reviewed. Characteristics of the personnel involved, event that motivated the complaint, violated regulations and sanction were evaluated.

Results: among 679 doctors involved, 461 complaints were found, 43.4% of them general practitioners. The main reason for filing a complaint was the poor care received by patients (20.9%), and the main rule by which processes were opened was Law 23 Article 15, which speaks about informed consent (17.3%); being also the most sanctioned (16.2%). Most of doctors involved (58.6%) had the processes archived because the court did not find a basis for the complaint; however, 23 (3.4%) were sanctioned, with suspension from the practice of medicine in 60.8%. Of the remaining, 17.4% had public censorship, 13% private reprimand and 8.7% private written censorship or public verbal censorship.

Conclusions: the omission or poor completion of the informed consent constitutes the main reason for sanction; however, the real trigger that leads to filing a complaint is the perception of poor attention. Continuous ethical education in professional practice is fundamental in reducing lawsuits for malpractice.

Introducción

La práctica médica es susceptible de presentar errores y está constantemente expuesta al escrutinio público. A pesar de que la normativa colombiana busca preservar los derechos de los pacientes, las quejas han aumentado con los años, pasando en 1993 de 0,5 a 7,1 por cada 1000 médicos en 2001, sin que se sepa actualmente la cifra exacta (1,2). Ante el Tribunal de Ética Médica (TEM), una queja es aquella que presenta el paciente en contra del médico tras el proceso de atención y puede originarse por conductas que afectan de forma negativa la prestación del servicio, lo que promueve la aparición de fallas, altera la comunicación, genera insatisfacción e incluso lleva a efectos adversos (3,4).

Por otro lado, los errores médicos son aquellas equivocaciones cometidas por profesionales de la salud que traen como consecuencia un daño al paciente. Se diferencian de la "mala praxis" en que son considerados accidentes y no el resultado de negligencia, ignorancia o intención criminal (4,5). Durante los últimos años el error médico se ha establecido como la tercera causa de muerte en Estados Unidos (EE. UU.), el número total en 2016 fue de más de 250000, lo que representa 9,7 % de las muertes en todo el país, más del doble de lo informado en 1999 (6,7). En Taiwán, en 2013 se informó que 2,2 % de los errores médicos provocan lesiones graves o muerte y 50 % de los proveedores de atención médica habrían cometido algún error (7). Sin embargo, en la mayoría de los estudios solo se reportan los costos que implica para sistema de salud, pero no el proceso de queja e implicaciones para los profesionales (8-10). Hay pocos estudios que identifiquen las razones por las cuales se presentan quejas contra los médicos (11); en EE. UU., los datos completos son muy limitados y la evidencia disponible se basa en estudios retrospectivos (12). En Colombia, específicamente en Antioquia, no se hallaron estudios previos con relación a quejas interpuestas ni referentes a los errores cometidos. Con base en lo mencionado, el objetivo del presente estudio fue caracterizar las quejas acerca de los médicos y sus consecuencias, presentadas al Tribunal de Ética Médica de Antioquia (TEMA) entre 2008 y 2013 que a 2018 ya contaran con un pronunciamiento.

Metodología

Tipo de estudio: estudio descriptivo transversal

Contexto: el TEMA es una institución privada con funciones públicas encargada de conocer los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presentan en el ejercicio médico en Antioquia. Cuando un usuario se considera mal atendido, puede presentar la queja. Las quejas pueden ser interpuestas por diferentes personas naturales o jurídicas (paciente, familiar, representante legal, director de una institución, representante de una entidad pública, autoridades públicas, entre otras). Una vez presentada, entra en revisión donde el tribunal define archivar o iniciar la fase de investigación, y se procede a evaluar en su totalidad el caso. Teniendo como guía para la toma de decisiones la Ley 23 de 1981, el Decreto 3380 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999, que regulan las normas de la profesión médica desde el punto de vista ético (13-15).

Población: se seleccionaron 461 quejas presentadas al TEMA entre enero de 2008 a diciembre de 2013 que al segundo semestre de 2018 contaran con pronunciamiento del tribunal. Se tomaron todas las quejas y no se realizó muestreo. Los coinvestigadores YACV, MVG y TAZ recolectaron la información directamente en un cuestionario estructurado, con acompañamiento y asesoría de un abogado del TEMA para aclarar dudas legales y asegurar un correcto diligenciamiento. Se realizó una prueba piloto donde se utilizaron 10 quejas.

Variabes: se dividieron en 3 grupos que incluían **características del personal médico:** sexo (femenino, masculino), tiempo de egresado (<1 año, 1-5 años, 6-10 años, 11-15 años, >15 años), especialidad (médico general, ginecología y obstetricia, cirugía, ortopedia, medicina interna, psiquiatría, pediatría, otra (donde se escribió cual otra especialidad diferente a las antes expuestas);

características del evento: nivel de atención (baja complejidad: niveles I-II – alta complejidad: niveles III-IV), servicio en el que se presentó (urgencias, consulta, cirugía, hospitalización u otro servicio), zona geográfica (rural y urbana); **características de la queja:** motivo de la queja, quién la presentó, norma por la cual se abrió investigación, decisión final del tribunal que incluyó: archivo (en los casos que el TEMA decidió no continuar la investigación del caso), fenecimiento (en los casos que pasaran más de 5 años de abierto el proceso y vencieran los términos del tiempo), preclusión (en los casos para los que la sentencia era a favor del acusado por no encontrar cargos), sanción (para aquellos a los cuales se les encontró cargos tras la investigación, en esta a su vez se evaluó que tipo de sanción recibieron, que podría ser: suspensión del ejercicio médico (en el cual se definió el tiempo de suspensión), censura verbal pública, amonestación privada, censura escrita privada).

Análisis estadístico: dos investigadores, exmagistrados del TEMA, se encargaron de analizar, por separado, los motivos de las quejas, para agruparlos en aquellos descritos en la investigación, a los cuales se le aplicaron pruebas de concordancia. Un investigador fue el encargado de realizar el análisis de las leyes y decretos más vulnerados por los profesionales e identificar el número de artículos violados para cada uno para facilitar el análisis de las normas infringidas. Para el análisis de los datos se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Los análisis se realizaron en SPSSv24.0.

Aspectos éticos: aprobación escrita por parte del TEMA (oficio 1240 del 09 de septiembre de 2015, acta 44 de la Sala Plena) y aval del Comité de Ética de Investigación en Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Resultados

De 461 quejas recibidas en el TEMA entre 2008 y 2013 se encontró que en los implicados ($n= 679$), el sexo masculino fue predominante en 71,2 % (484/679). Los médicos generales fueron los más involucrados con 43,4 % (295/679). Del total de implicados, respecto al tiempo de egresados, 60,3 % (410/679) tenían menos de 15 años y 39,6 % (269/679) más de 15 años (Tabla 1). En relación con el evento que motivó la queja, se encuentra que el servicio de urgencias es donde mayor cantidad de quejas se generaron: 37,9 % (258/679).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los implicados en las quejas interpuestas ante el Tribunal de Ética Médica de Antioquia. 2008-2013

Características del médico*	n=679	n (%)
Sexo masculino		484 (71,2)
Años de egresado		
<1		67 (9,8)
1-5		113 (16,6)
6-10		99 (14,5)
11-15		131 (19,2)
>15		269 (39,6)
Especialidad		
Medicina General		295 (43,4)
Ginecología y Obstetricia		60 (8,8)
Cirugía Plástica		50 (7,4)
Cirugía General		47 (6,9)
Ortopedia		28 (4,1)
Otras especialidades		199 (29,3)
Características del lugar donde ocurrió el evento		
Ubicación geográfica		
Rural		103 (15,1)
Urbana		576 (84,8)
Nivel de atención †		
Baja complejidad		509 (74,9)
Alta complejidad		170 (25)
Servicio hospitalario		
Urgencias		258 (37,9)
Consulta externa		157 (23,1)
Cirugía		156 (22,9)
Hospitalización		67 (9,8)
Otro servicio		41 (6)

* cada queja podía implicar a más de un médico y a más de una institución. † nivel de atención: baja complejidad: niveles I y II – alta complejidad: niveles III y IV. Fuente: creación propia

Otras especialidades del médico implicado fueron medicina laboral y salud ocupacional 3,5 % (24/679), especialidades administrativas 3,2 % (22/679), subespecialidades de cirugía y neurocirugía 3,1 % (21/679), urología 2,9 % (20/679), medicina interna 2,8 % (19/679), psiquiatría 2,8 % (19/679), anestesiología 1,8 % (12/679), pediatría 1,5 % (10/679), y oftalmología y subespecialidades 1,0 % (7/679). En cuanto a quien presentó la queja ante el TEMA, se encontró que en la mayoría de los casos fue el paciente 50,8 % (234/461), seguido de algún familiar 38,2 % (176/461). Otros quejosos fueron amigos, algún profesional de la salud, la IPS, abogados, jueces, policía, Supersalud, secretario municipal, procuraduría, o algún magistrado del TEMA.

El motivo de la queja se tomó explícitamente de cada expediente y posteriormente dos exmagistrados del TEMA de manera independiente lo clasificaron. La concordancia entre ellos tuvo un kappa de 0,855 (valor $p < 0.001$). En la Figura 1 se muestran las principales y más relevantes situaciones que motivan a los quejosos a denunciar.

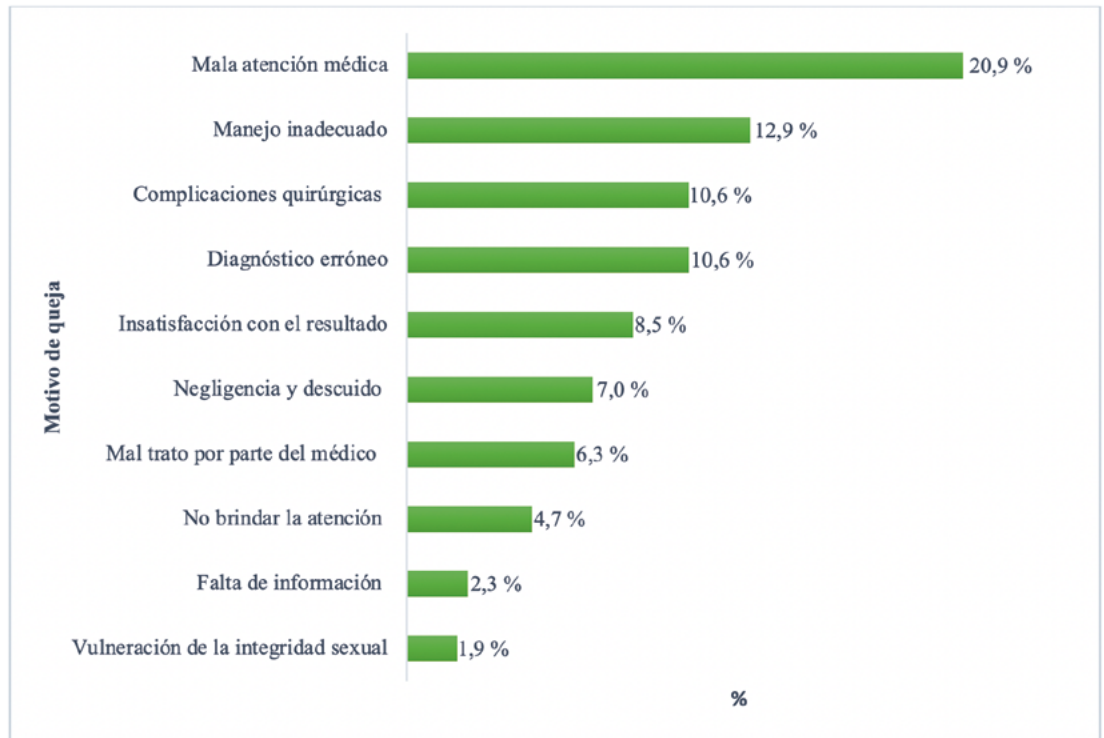


Figura 1. Motivo de la queja interpuesta ante el Tribunal de Ética Médica de Antioquia. 2008-2013. Mala atención médica: factores o circunstancias que llevan a que la atención no se dé, de manera adecuada y oportuna y, por ende, genere insatisfacción en el paciente.

Fuente: creación propia

En la Figura 2 se hace referencia a la norma por la cual se abren los procesos de investigación de casos en el TEMA, resaltando que la Ley 23, Artículo 15, fue la norma por la cual se abrieron los procesos en su mayoría; norma que se relaciona con el consentimiento informado, seguida por el Artículo 10 de la misma Ley, que habla respecto a los tiempos de atención.

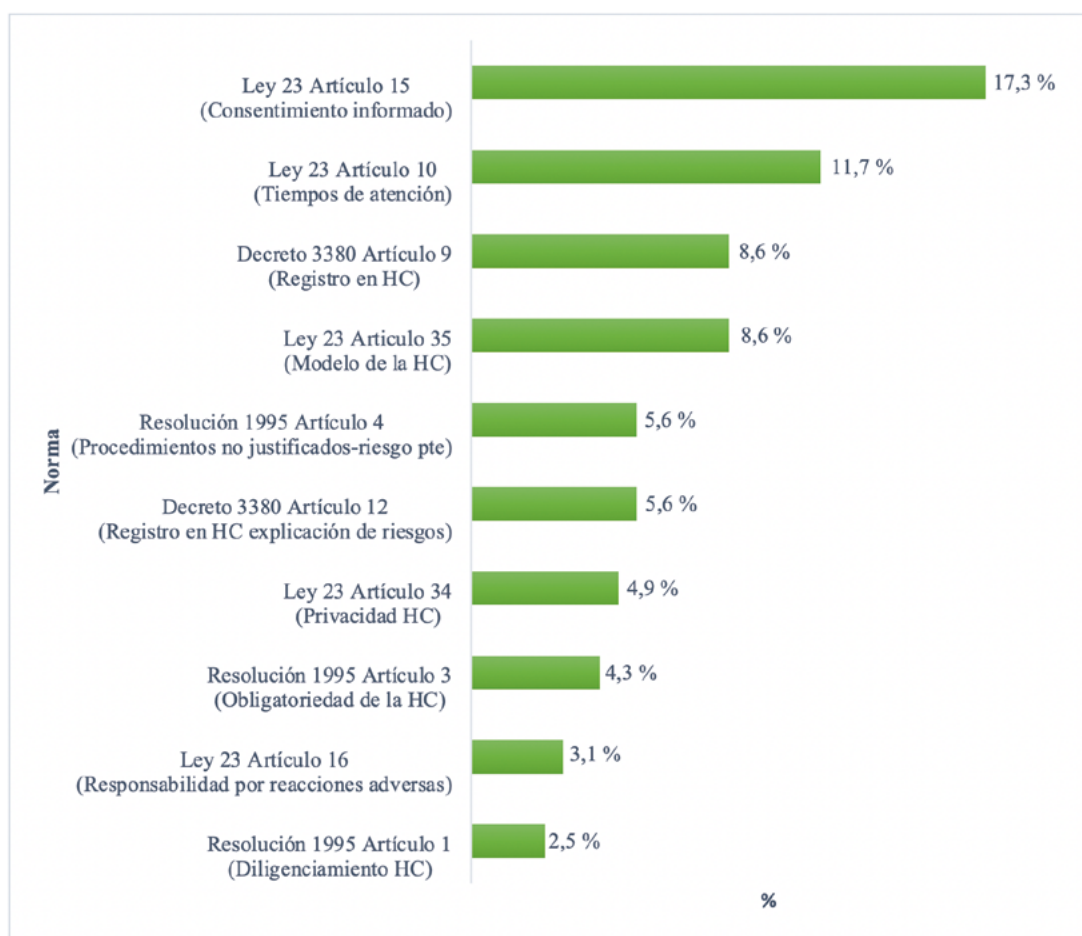


Figura 2. Normas por las cuales se abre investigación de las quejas interpuestas ante el Tribunal de Ética Médica de Antioquia. 2008-2013. HC: Historia clínica, pte: Paciente.

Fuente: creación propia

De 679 médicos involucrados en 461 quejas analizadas, a 5,7 % (39/679) les fenecieron sus procesos, a 32,2 % (219/679) les dictaminaron preclusión y a 58,6 % (398/679) se les archivaron, dado que posterior a la revisión no se encontró fundamento en el motivo de queja. El resto de los médicos involucrados recibieron sanción: 3,4 % (23/679). Entre estos, a 60,8 % (14/23) se les suspendió el ejercicio de la medicina, a siete por 6 meses y al resto por 5 meses o menos tiempo, 17,4 % (4/23) tuvieron censura pública, 13 % (3/23) amonestación privada y 8,7 % (2/23) censura escrita privada o censura verbal pública. Ocho de los sancionados fueron médicos generales (34,8 %), cinco (21,7 %) cirujanos plásticos y el resto de especialidades fueron gerencia en salud, medicina estética, ortopedia, otorrinolaringología y urología. En la Tabla 2 se evidencia que la mayoría de las normas sancionadas estuvieron relacionadas con un manejo y registro inadecuado de la historia clínica. Las principales sanciones fueron por la no explicación o mal diligenciamiento del consentimiento informado en 16,2 % (11/679) y el no respeto a los tiempos óptimos y adecuados de atención en 11,8 % (8/679). Finalmente, en la Tabla 3 se detallan las normas sancionadas según especialidad.

Tabla 2. Principales normas sancionadas por el Tribunal de Ética Médica de Antioquia y su descripción. 2008 – 2013

Norma	n (%)	Descripción resumida de la norma	Descripción literal de la norma
Ley 23 Artículo 15	11 (16,2)	Consentimiento informado	“El médico no expondrá a sus pacientes a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente”
Ley 23 Artículo 10	8 (11,8)	Tiempos óptimos y adecuados de atención	“El medico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente” además se adiciona que: “El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen”
Ley 23 Artículo 34	7 (10,3)	Privacidad de la HC	“La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”
Resolución 1995 Artículo 1	4 (5,9)	Características del diligenciamiento, privacidad, registro y la forma de archivo de la HC	<p>“a) La <i>Historia Clínica</i> es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.</p> <p>b) Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.</p> <p>c) Equipo de Salud: Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.</p> <p>d) Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.</p> <p>e) Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.”</p> <p>f) Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.</p>

Tabla 2. Principales normas sancionadas por el Tribunal de Ética Médica de Antioquia y su descripción. 2008 – 2013 (Continuación)

Norma	n (%)	Descripción resumida de la norma	Descripción literal de la norma
Resolución 1995 Artículo 3	3 (4,4)	La HC debe tener como principales características: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad	<p>e) <i>Archivo Histórico</i>: Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente”</p> <p>“Las características básicas de la historia clínica son: a) Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria. b) Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario. c) Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo. d) Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley. e) Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio”</p>
Resolución 1995 Artículo 2	3 (4,4)	El adecuado diligenciamiento y uso de la HC es obligatorio	“Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud”
Resolución 1995 Artículo 4	2 (2,9)	El registro en la HC de observaciones, conceptos, decisiones y resultados es obligatorio	“Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución”

Tabla 2. Principales normas sancionadas por el Tribunal de Ética Médica de Antioquia y su descripción. 2008 – 2013 (Continuación)

Norma	n (%)	Descripción resumida de la norma	Descripción literal de la norma
Ley 23 Artículo 5	2 (2,9)	Características de la relación médico-paciente	“La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos: a) Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes. b) Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia. c) Por solicitud de terceras personas. d) Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública”
Ley 23 Artículo 42	2 (2,9)	El médico deberá cumplir a cabalidad con las obligaciones y reglamento de la institución donde labore	“El médico cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios”
Decreto 3080 Artículo 9	2 (2,9)	Realizar procedimientos no relacionados con la condición o diagnóstico del paciente se consideran riesgos injustificados	“Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico patológicas del mismo”

Para mayor comprensión de la normativa remitirse a la Ley 23 de 1981, Decreto 3080 de 1981 y Resolución 1995 de 1999. (15-17). n=69. Corresponde a la frecuencia con la que es sancionada cada norma. (Un médico puede ser sancionado con múltiples normas a la vez). **HC:** historia clínica. Fuente: creación propia

Tabla 3. Normas sancionadas por el Tribunal de Ética Médica de Antioquia en relación con la especialidad de los médicos implicados. 2008 – 2013

Especialidad	Norma sancionada	Descripción resumida de las normas sancionadas
Medicina general	Ley 23	Art 1: Declaración de Principios Éticos. Art 2: Juramento Hipocrático. Art 6: Se rehusará a la prestación de servicios para actos contrarios a la moral, y bajo condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión. Art 9: Mantendrá su consultorio con el decoro y respetabilidad que requiere el ejercicio profesional. Art 10: Tiempos óptimos y adecuados de atención. Art 15: Consentimiento informado. Art 34: Privacidad de la HC. Art 42: Cumplimiento de las obligaciones y reglamento de la institución donde labore. Art 50: Certificado Médico implica responsabilidad legal y moral. Art 51: Certificado Médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está destinado. Art 52: Expedición de un certificado falso.
	Decreto 3080	Art 6: La consulta médica debe realizarse en un lugar privado. Art 9: Realizar procedimientos no relacionados con la condición o diagnóstico del paciente se consideran riesgos injustificados. Art 28: Los certificados médicos y de defunción deben llenarse de acuerdo a la norma vigente del ministerio de salud. Art 29: Explica el contenido que debe tener un certificado médico de salud.
	Resolución 1995	Art 1: Características del diligenciamiento, privacidad, registro y la forma de archivo de la HC. Art 2: El adecuado diligenciamiento y uso de la HC es obligatorio. Art 3: La HC debe tener como principales características: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad. Art 4: El registro en la HC de observaciones, conceptos, decisiones y resultados es obligatorio. Art 8: Componentes de la HC.
Cirugía plástica	Ley 23	Art 5: Características de la relación médico-paciente. Art 10: Tiempos óptimos y adecuados de atención. Art 15: Consentimiento informado. Art 16: Responsabilidad del médico por reacciones adversas, no más allá del riesgo previsto que debe ser advertido al paciente o acudiente. Art 22: El medico fijara sus honorarios, teniendo en cuenta la situación económica y social del paciente previo acuerdo con éste o responsables. Art 34: Privacidad de la HC. Art 35: En entidades del SNS la HC estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio. Art 55: Los métodos publicitarios deber ser éticos. Art 56: El anuncio profesional contendrá únicamente: Nombre. Especialidad, reconocida legalmente. Nombre de la universidad. Número de registro en el Ministerio de Salud. Dirección y teléfono del consultorio y su domicilio.
	Decreto 3080	Art 9: Realizar procedimientos no relacionados con la condición o diagnóstico del paciente se consideran riesgos injustificados. Art 12: Dejar escrito en la historia clínica que se explican los riesgos o las razones de no explicarlos.
	Resolución 1995	Art 1: Características del diligenciamiento, privacidad, registro y la forma de archivo de la HC. Art 2: El adecuado diligenciamiento y uso de la HC es obligatorio. Art 3: La HC debe tener como principales características: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad. Art 4: El registro en la HC de observaciones, conceptos, decisiones y resultados es obligatorio. Art 8: Componentes de la HC. Art 10: Registros específicos del servicio prestado. Art 11: Anexos o documentos adicionales de sustento legal, técnico, científico y/o administrativo.

Tabla 3. Normas sancionadas por el Tribunal de Ética Médica de Antioquia en relación con la especialidad de los médicos implicados. 2008 – 2013 (Continuación)

Especialidad	Norma sancionada	Descripción resumida de las normas sancionadas
Medicina estética	Ley 23	Art 15: Consentimiento informado. Art 16: Responsabilidad del médico por reacciones adversas, no más allá del riesgo previsto que debe ser advertido al paciente o acudiente. Art 35: En entidades del SNS la HC estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio. Art 36: HC clara, en cambios de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.
	Decreto 3080	Art 9: Realizar procedimientos no relacionados con la condición o diagnóstico del paciente se consideran riesgos injustificados. Art 10: Explicar al paciente y familiares los posibles efectos adversos del tratamiento o procedimiento.
	Resolución 1995	Art 5: Diligenciamiento de la HC. Art 11: Anexos o documentos adicionales de sustento legal, técnico, científico y/o administrativo.
	Ley 23	Art 10: Tiempos óptimos y adecuados de atención. Art 15: Consentimiento informado. Art 34: Privacidad de la HC.
Otorrino-laringología	Decreto 3080	Art 13: Médico no es responsable de efectos adversos de difícil previsión cuando prescribe el manejo o procedimiento. Art 15: Explica la definición de interconsulta. Art 16: Los responsables del paciente son quienes se encuentren registrados como tales en la historia clínica. Art 17: El número de valoraciones médicas o interconsultas debe ir de acuerdo a la condición de cada paciente. Art 18: Los honorarios de las juntas médicas son iguales para todos los participantes de la misma.
	Resolución 1995	Art 1: Características del diligenciamiento, privacidad, registro y la forma de archivo de la HC. Art 2: El adecuado diligenciamiento y uso de la HC es obligatorio.
Ortopedia	Ley 23	Art 10: Tiempos óptimos y adecuados de atención. Art 15: Consentimiento informado.
	Decreto 3080	Art 9: Realizar procedimientos no relacionados con la condición o diagnóstico del paciente se consideran riesgos injustificados.
Gerencia en salud	Ley 23	Art 10: Tiempos óptimos y adecuados de atención. Art 15: Consentimiento informado. Art 34: Privacidad de la HC.
Urología	Ley 23	Art 42: El médico deberá cumplir a cabalidad con las obligaciones y reglamento de la institución donde labore. Art 43: El médico no debe recibir honorarios de pacientes que atiende por cuenta de entidades públicas o privadas.

Para mayor comprensión de la normativa remitirse a la Ley 23 de 1981, Decreto 3080 de 1981 y Resolución 1995 de 1999. (15-17). SNS: sistema nacional de salud. Fuente: creación propia

Discusión

Este estudio evalúa el total de quejas presentadas en el TEMA que tuvieron pronunciamiento al momento de la recolección. Los principales hallazgos se resumen en que los médicos generales, de urgencias y con más tiempo de egresados, son los más frecuentemente implicados en las quejas; el principal motivo de queja es la mala atención médica y las principales faltas éticas fueron la no

solicitud de consentimiento informado, los tiempos inadecuados de atención y fallas en el diligenciamiento de la historia clínica.

El *burnout* es una posible causa relacionada con errores en la atención; su prevalencia es variable, en un estudio irlandés fue 26,4 % (16,17) mientras que en EE. UU. se describe entre el 41 % y 76 % (18-22). Las largas jornadas, la complejidad de los pacientes, la falta de recursos, las presiones respecto a tiempos de atención y las dificultades propias del sistema de salud, hacen que los médicos estén expuestos a padecerlo y tener un impacto negativo en la práctica diaria (22,23). Los profesionales objeto de quejas presentan un mayor riesgo de ansiedad y depresión, incrementando pensamientos suicidas durante el proceso resolutivo de la queja; mayor deterioro funcional en la labor diaria, vida social y familiar, que pudieran desencadenar un aumento defensivo durante la práctica, actitud negativa hacia su trabajo y hacia los pacientes (24,25). Laarman BS y cols encontraron que posterior a la divulgación de las medidas disciplinarias, los médicos refirieron episodios depresivos, trastornos de ansiedad moderada a graves y agotamiento (26).

En el presente estudio el principal motivo de queja fue la mala atención médica, la literatura muestra cómo esta situación puede provocar insatisfacción del paciente, lo que conduce a presentación de quejas. En EE. UU., se evidenció que los principales motivos para presentar quejas fueron: menospreciar los pacientes, proferir insultos, murmurar amenazas, hablar con sarcasmo o insinuaciones, comportarse de mala manera, sabotear reuniones, incumplir la agenda, usar bebidas alcohólicas o drogas mientras se presta el servicio y sobrepasar límites sexuales (27). Entre tanto, otras investigaciones han relacionado la mala atención médica con motivos como la actitud del personal, el tiempo de espera y la negligencia (28-31). Källberg et al, encontraron que la mayoría de las reclamaciones en urgencias estaban relacionados con mala atención y tratamiento (48,8 %), procedimientos de diagnóstico (42,4 %) y mala atención en general (6,6 %) (32). Similar a lo registrado en México por Fajardo-Dolci et al, donde se indica que 73,6 % de los motivos de quejas están relacionados con el tratamiento, 20 % con el diagnóstico y sólo 1,9 % con la relación médico-paciente (33). En nuestro estudio, la mala atención estuvo relacionada con un servicio prestado de afán y falta de explicación al paciente, motivos relacionados con la mala comunicación. La evidencia coincide en que la mayoría de los motivos de queja están encabezados por dificultades o insatisfacción en lo referente a procedimientos de diagnóstico y tratamiento, que son condicionantes de la atención.

A nivel nacional es poca la literatura que evalúa cual fue el motivo que llevó al paciente a presentar una queja. En Bogotá encontraron que los motivos (evaluados según un diagnóstico médico CIE10) más frecuentes para presentar quejas fueron: muerte fetal por causa no especificada, punción o laceración accidental durante un procedimiento, infecciones consecutivas a procedimientos y algunas otras causas mal definidas de mortalidad (1,34). En Colombia la introducción de un modelo de salud de competencia regulada, definida como el manejo de servicios públicos por particulares con posibilidad de participación e intervención del estado, ha producido efectos adversos en los resultados tanto de salud pública como de atención a los pacientes implicando la vulneración de principios éticos (35,36). El deterioro en la relación médico paciente ha propiciado que se vea al médico como responsable del fracaso o retrasos en la atención y determinante de negación de servicios por parte de las EPS, lo que finalmente se ve reflejado en un aumento en el número de quejas y demandas (36,37). Otra investigación en Colombia encontró que antes de la adaptación de este modelo de salud (Ley 100 de 1993), el número de demandas recibidas en el TEM era de 154 casos (12/año), pero a partir de la adaptación de este modelo de salud y hasta 2009, la cifra se elevó a 1291 casos, incremento del 838 % (38). En nuestra revisión, urgencias fue el escenario en el cual ocurrieron la mayoría de los hechos que motivaron la presentación de quejas. Estudios realizados en dicho escenario evidencian que la mitigación del riesgo de recibir quejas hacia el personal se logra a través de la comunicación, documentación inteligente, uso de guías de práctica clínica y manejo cuidadoso del alta (39-41).

Se ha demostrado que los médicos son conscientes de la importancia de la comunicación con el paciente, pero la educación sobre estas habilidades no es apropiada durante la formación, dejando en evidencia la necesidad por mejorar dichas habilidades comunicativas para un buen desempeño profesional. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de fomentar la formación en ética médica en las universidades y mejorar las aptitudes comunicativas; así como la educación médica continuada durante toda la vida (42,43).

Si bien todas las intervenciones y procedimientos realizados durante la atención tienen como objetivo el beneficio del paciente, es una realidad que de ellos pueden derivarse daños. La práctica médica debe estar siempre regida por los principios éticos fundamentales para tener en cuenta: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Las principales fallas en cuanto a ética médica que fueron encontradas en nuestro estudio fueron la no solicitud de consentimiento informado y los tiempos inadecuados para la atención. Raeissi P et al, encontraron que las principales fallas fueron la falta de habilidad para la evaluación clínica (30,4 %), negligencia (29,2 %), imprudencia o indiscreción (26,3 %) y el incumplimiento de los requisitos gubernamentales (14,1 %) (44).

En un estudio español se analizaron las quejas por mala praxis, identificando que se absolvió la mitad de los casos; observando, sin embargo, deficiencia de información en el 17 % de las demandas. Demostrando la importancia de invertir tiempo para tratar los pacientes, incluyendo el consentimiento informado verbal, que debe ser confirmado por el consentimiento informado escrito (45). En nuestro estudio 3,4 % de los médicos involucrados en las quejas analizadas recibieron una sanción, de estos el 60,8 % fue suspendido del ejercicio médico. Con respecto a los motivos de queja podría decirse que hay similitud con nuestros hallazgos pues la norma por la cual más procesos de investigación se abrieron en el TEMA es aquella que hace referencia al consentimiento informado. El proceso de proporcionar buena información y asegurar el consentimiento del paciente se considera un factor relevante en la atención. Es importante tener en cuenta que no es el documento firmado lo que constituye el consentimiento informado, sino el consentimiento verbal del paciente a la información detallada recibida y el documento firmado es solo una prueba de ello. Por tanto, el consentimiento informado no tiene validez ni fuerza en ausencia de una relación fluida paciente-médico, por lo que es importante insistir en la educación médica, no solo sobre los aspectos legales del consentimiento, sino también sobre los aspectos éticos.

Conclusión

La omisión o mal diligenciamiento del consentimiento informado constituye el principal motivo de sanción a los médicos; sin embargo, el verdadero detonante que lleva a los pacientes a presentar una queja es la percepción de una mala atención, que con frecuencia está sujeta a condicionantes organizacionales del sistema de salud. La educación ética transversal al ejercicio profesional e involucrar al paciente, familia o acompañantes de forma activa en el proceso de salud-enfermedad, son fundamentales en la reducción de demandas por mala praxis.

Conflicto de intereses

Ninguno por declarar.

Referencias

1. López M, Manrique I, García C. Demandas a los médicos, observaciones sobre casos. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2004;19(1):37-43.
2. Brennan T, Blank L. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*. 2002;136(3):243-6. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012>
3. Silverberg LI. Road map for curricular development and professional success: the life cycle of a primary care physician. *J Am Osteopath Assoc*. 2012;112(3):113-5.
4. White B, Williams M. The disruptive physician: A conceptual organization. *Journal of medical licensure and discipline*. 2008;94(3):12-20. <https://doi.org/10.30770/2572-1852-94.3.12>
5. Guzman F, Franco E, Saavedra E. Derecho médico colombiano elementos básicos, responsabilidad ética médica disciplinaria. Bogotá: Universidad Libre; 2006.
6. Wang CH, Shih CL, Chen WJ, Hung SH, Jhang WJ, Chuang LJ, et al. Epidemiology of medical adverse events: perspectives from a single institute in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2016;115(6):434-9. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.11.004>
7. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38:261e71. <https://doi.org/10.1097/00005650-200003000-00003>
8. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 2012;344:e832. <https://doi.org/10.1136/bmj.e832>
9. Allhoff F. Medical Error and Moral Luck. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2019;29(3):187-203. <https://doi.org/10.1353/ken.2019.0022>
10. Von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of medical errors: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschr*. 2003;115(10):318-25. <https://doi.org/10.1007/BF03041483>
11. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):521. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>
12. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
13. Colombia. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Bogotá: Ministerio de Salud; 1981.
14. Colombia. Decreto Número 3380 de 1981. por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981. Bogotá: Ministerio de Salud; 1981.
15. Colombia. El Ministro de Salud. Resolución Número 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá: El Ministerio; 1999.
16. Sulaiman CFC, Henn P, Smith S, O'Tuathaigh CMP. Burnout syndrome among non-consultant hospital doctors in Ireland: relationship with self-reported patient care. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(5):679-684. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx087>
17. Nason GJ, Liddy S, Murphy T et al. A cross-sectional observation of burnout in a sample of Irish junior doctors. *Ir J Med Sci*. 2013;182:595-9. <https://doi.org/10.1007/s11845-013-0933-y>
18. de Oliveira GS Jr, Chang R, Fitzgerald PC et al. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013;117:182-93. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182917da9>
19. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358-67. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
20. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med*. 2013;34:36-42. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2013.34.1.36>

21. Misiolek A, Gorczyca P, Misiolek H et al. The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesth Intensive Therap.* 2014;46:155–61.
22. Bugaj TJ, Valentini J, Miksch A, Schwill S. Work strain and burnout risk in postgraduate trainees in general practice: an overview. *Postgrad Med.* 2020;132(1):7-16. <https://doi.org/10.1080/00325481.2019.1675361>
23. O'Connor P, Lydon S, O'Dea A, et al. A longitudinal and multicentre study of burnout and error in Irish junior doctors. *Postgrad Med J.* 2017;93(1105):660-664. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2016-134626>
24. Haysom G. The impact of complaints on doctors. *Aust Fam Physician.* 2016;45(4):242-4.
25. Bourne T, De Cock B, Wynants L, Peters M, Van Audenhove C, Timmerman D, et al. Doctors' perception of support and the processes involved in complaints investigations and how these relate to welfare and defensive practice: a cross-sectional survey of the UK physicians. *BMJ Open.* 2017;7(11):e017856. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017856>
26. Laarman BS, Bouwman RJ, de Veer AJ, Hendriks M, Friele RD. How do doctors in the Netherlands perceive the impact of disciplinary procedures and disclosure of disciplinary measures on their professional practice, health and career opportunities? A questionnaire among medical doctors who received a disciplinary measure. *BMJ Open.* 2019;9(3):e023576. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023576>
27. Grogan MJ, Knechtges P. The disruptive physician: a legal perspective. *Acad Radiol.* 2013;20(9):1069-73. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2013.04.015>
28. Zengin S, Al B, Yavuz E, Kursunköseler G, Guzel R, Sabak M, et al. Analysis of complaints lodged by patients attending a university hospital: a 4-year analysis. *J Forensic Leg Med.* 2014; 22:121–4. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.12.008>
29. Khaliq AA, Dimassi H, Huang C-Y, Narine L, Smego RA. Disciplinary action against physicians: who is likely to get disciplined? *Am J Med.* 2005;118(7):773–7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.01.051>
30. Carlson JN, Foster KM, Black BS, Pines JM, Corbit CK, Venkat A. Emergency Physician Practice Changes After Being Named in a Malpractice Claim. *Ann Emerg Med.* 2020;75(2):221-35. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.07.007>
31. Tibble HM, Broughton NS, Studdert DM, Spittal MJ, Hill N, Morris JM, et al. Why do surgeons receive more complaints than their physician peers? Complaints about surgeons and physicians. *ANZ Journal of Surgery.* 2018;88(4):269–73. <https://doi.org/10.1111/ans.14225>
32. Källberg AS, Göransson KE, Östergren J, Florin J, Ehrenberg A. Medical errors and complaints in emergency department care in Sweden as reported by care providers, healthcare staff, and patients - a national review. *Eur J Emerg Med.* 2013;20(1):33-38. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32834fe917>
33. Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Publica Mex.* 2009;51:119-125. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000200007>
34. Tamara LM, Jaramillo SH, Muñoz LE. Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. *Rev. Colomb. Anestesiol.* 2012;39(4):489-505. <https://doi.org/10.5554/rca.v39i4.180>
35. Flórez Acosta JH, Atehortúa Becerra SC, Arenas Mejía AC. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia).* 2009;8(16):107-31
36. Patiño J. La Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud en Colombia. *Revista Gerencia y políticas de salud.* 2005;9:173-5.
37. Villar L. La ley 100: El fracaso estatal en la salud pública. *Deslinde;* 2004;36:6-19. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2004.20184>
38. Rodríguez Cornejo A, Cadena Afanado L. Características de los casos juzgados en el Tribunal de Ética Médica de Santander, Colombia, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993. *Med UNAB.* 2013;15(3):137-43.
39. Warren D. Decreasing Malpractice Risk in the Emergency Department. *J Emerg Nurs.* 2018; 44(4):407–8. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.03.015>

40. Ferguson B, Gerald J, Petrey J, Huecker M. Malpractice in Emergency Medicine-A Review of Risk and Mitigation Practices for the Emergency Medicine Provider. *J Emerg Med.* 2018;55(5):659–65. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.06.035>
41. Alimohammadi H, Hatamabadi H, Khodayari A, Doukhtehchi Zadeh Azimi M. Frequency and Causes of Complaints against Emergency Medicine Specialists in Forensic Medicine Files; a Cross-Sectional Study. *Arch Acad Emerg Med.* 2019;7(1)e11.
42. Rahim A, Anitha P, Govindaraj G, Laila K. Identifying core competency areas to assess communication skills among interns at a tertiary teaching hospital in southern India. *Natl Med J India.* 2017;30(6):332. <https://doi.org/10.4103/0970-258X.239076>
43. Braš M, Dubravac J, Đorđević V, Pjevač N. Perception of communication between doctors and patients - On-line research among doctors in Croatia. *Psychiatr Danub.* 2019;31(Suppl 1):79–83.
44. Raeissi P, Taheri mirghaed M, Sepehrian R, Afshari M, Rajabi MR. Medical malpractice in Iran: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran.* 2019;33:110. <https://doi.org/10.47176/mjiri.33.110>
45. Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Barcia JA. Analysis of judicial sentences against neurosurgeons resolved in second court of justice in Spain in the period from 1995 to 2007. *Neurocirugia Astur.* 2010;21(1):53-60. [https://doi.org/10.1016/S1130-1473\(10\)70061-0](https://doi.org/10.1016/S1130-1473(10)70061-0)